

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Angehörigenarbeit bei Morbus Parkinson
3. Morbus Parkinson und Depression
4. Grüner Tee beeinflusst möglicherweise Parkinson

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Leonie	<p data-bbox="470 613 1023 645">Titel: Depressionen-Parkinson-Alzheimer</p> <p data-bbox="470 696 687 728">Sg. Dr. Fornadi!</p> <p data-bbox="470 763 1390 860">Ich habe schon mehrmals gelesen, daß Menschen mit Depressionen auch häufiger an Alzheimer oder Parkinson erkranken? Stimmt das? Und wie besteht da der Zusammenhang?</p> <p data-bbox="470 891 1406 954">Danke für die Beantwortung meiner vorher bereits gestellten Fragen! Leonie</p>
mason	<p data-bbox="470 1021 1417 1117">Es könnten schon Anzeichen eines MP sein. Depressionen führen aber nicht generell zu einer Parkinsonerkrankung sind aber sehr häufiges Begleitsymptom.</p>
Experte Dr. Fornadi	<p data-bbox="470 1184 1422 1368">Die Depression ist ein häufiges Frühsymptom der Parkinson-Krankheit und kann auch vor dem Auftreten der körperlichen Symptome vorhanden sein. Der Zusammenhang besteht in der Gleichgewichtsstörung der Überträgerstoffe im Gehirn. Man kann aber nicht sagen, dass depressive Menschen immer Parkinson bekommen. MfG Dr. Fornadi</p>
Leonie	<p data-bbox="470 1476 679 1507">Sg. Dr Fornadi!</p> <p data-bbox="470 1543 1458 1767">Vielen Dank für Ihre Antworten. Mich beschäftigen sehr viele Fragen zu diesen Themen. Gerade habe ich meiner Schwägerin Kaffee und Kuchen serviert. Wenn man sieht, wie sie zittert in Ruhe, dann wieder Kaffeetasse und Löffel kaum zum Mund führen kann, frage ich mich immer wieder, was ist in dieser Familie los. Mutter zittert, 3 Töchter. Sohn an MSA verstorben und meinem Gatten geht es phasenweise auch nicht gut, wie schon berichtet.</p>
Experte Dr. Fornadi	<p data-bbox="470 1834 1445 1957">Das von Ihnen beschriebene Zittern (Halte- u. Aktionszittern) bei Ihrer Schwägerin kann auch ein sogenannter essentieller familiärer Tremor sein. Diese Form des Zitterns ist im Allgemeinen erblich und ist mit der Parkinson-Krankheit nicht identisch. MfG Dr. Fornadi</p>

Leonie	Sg. Dr. Fornadi! Vielen Dank für Ihre Antwort! Ich bin momentan sehr erleichtert:
---------------	--

2. Angehörigenarbeit bei Morbus Parkinson - Parkinson-Angehörige leiden mit

Dr. Ilona Csoti
(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

„Verwandte von Menschen, die an Morbus Parkinson erkrankt sind, weisen ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Angsterkrankungen auf.“

Zu lesen war dies im Jahr 2007 als zusammenfassendes Ergebnis einer US-Studie. Wissenschaftler hatten 1000 Verwandte ersten Grades von 162 Parkinson-Patienten untersucht. Wie wir aus einer anderen Studie wissen, beginnen die Belastungen bereits in frühen Stadien und setzen sich um ein Vielfaches bis in die Spätstadien der Erkrankung fort.

Warum ist die Belastung von Angehörigen bei dieser Krankheit so ausgeprägt?

Diese Krankheit, die sich im motorischen Bereich durch eine allgemeine Verlangsamung aller Bewegungsabläufe, durch Muskelsteifheit mit mühsamen Bewegungen in den großen Gelenken und möglicherweise durch ein Zittern äußert, ist von Beginn an nicht nur für den Betroffenen selbst von Bedeutung, sondern auch für die ganze Familie, insbesondere für die „Pflegerinnen“ in der Familie. In der Regel sind dies die Ehepartner und/oder die Kinder. In vielen Gesprächen mit Angehörigen wird auch deutlich, dass es eben nicht nur die Bewegungsstörungen sind, sondern auch und manchmal sogar insbesondere die Veränderungen im seelisch-geistigen Bereich. Besonders zu erwähnen ist dabei die depressive Verstimmung des Patienten mit Rückzugstendenz, Ängstlichkeit mit einer ausgeprägten Neigung zum „Klammern“, aber auch die in einigen Fällen sich entwickelnde Demenz mit Trugwahrnehmungen bis hin zur Psychose. .

Oft wird besonders von betroffenen Ehefrauen der Fehler gemacht, die Patienten vorzeitig von allen Dingen des Alltags zu entlasten. Das funktioniert gut bei akuten Erkrankungen wie einer Grippe oder einer Lungenentzündung und dort ist es sicher auch angebracht. Aber bei einer Erkrankung, die einen chronisch fortschreitenden Verlauf zeigt, die weder gestoppt noch geheilt werden kann, zeigen sich sehr bald Grenzen in der seelischen und auch körperlichen Belastbarkeit. In der Regel dreht sich nach einer mittleren Krankheitsdauer der Alltag zu einem erheblichen Teil um die Krankheit. Wenn eine Fallneigung vorliegt oder Off-Phasen auftreten, in denen sich der Patient nicht mehr allein versorgen kann, so sind die Partner in einer „Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft“, wie man sie im beruflichen Bereich keinem Menschen zumuten würde. Wenn Schlafstörungen dazu kommen, ist auch der Nachtschlaf des Angehörigen beeinträchtigt, da die Patienten häufig Hilfe beim Gang zur Toilette benötigen oder sie sich im Bett nicht mehr allein umdrehen können. Manche Angehörige haben, wenn sie mit dem Patienten in der Klinik ankommen, jahrelang schon keine Nacht mehr durchgeschlafen. Der Patient hat die Möglichkeit, den fehlenden Nachtschlaf am Tag nachzuholen, der Angehörige in der Regel nicht. Es gibt weder einen Feierabend, noch ein Wochenende, noch Urlaub und keine Aussicht auf Veränderung.

Eine solche Aufgabe ist Kräfte zehrend und will gewürdigt sein. Aber auch da gibt es Mängel. Trotz aller professionellen medizinischen und pflegerischen Versorgung ist der Partner der wichtigste Rückhalt. Für den Rest der Familie ist es normal, dass die Patienten von ihrem Ehepartner versorgt werden. Nur ein kleiner Teil erhält spontane Unterstützung. Der Betroffene selbst ist in seiner Mimik und Gestik krankheitsbedingt deutlich eingeschränkt, so dass die sonst in einer Ehe normalen Dankesbekundungen durch ein Lächeln oder ein Leuchten in den Augen immer weniger werden. Einige Angehörige haben sogar das Gefühl, dass die Patienten „engstirniger“ und „egoistischer“ werden und nur noch an sich denken. Die Bedürfnisse der

pflegenden Partner zählen nicht mehr. Es wäre deshalb wünschenswert, Belastungen von Beginn an mehr zu verteilen.

Die Angehörigenarbeit hat die Aufgabe, die Pflegenden zu aktivieren, von Beginn an über mögliche Hilfsangebote durch andere Familienmitglieder und/oder durch professionelle Helfer nachzudenken und diese Hilfe dann auch anzunehmen.

Um an Informationen über Aufklärungs-, Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten zu kommen, sollten neutrale Beratungsstellen bei den Krankenkassen, den Sozialämtern, den ambulanten Pflegediensten vor Ort und vor allem bei der Deutschen Parkinson-Vereinigung genutzt werden.

Erhaltung der Selbständigkeit der Patienten

Patienten wiederum klagen häufig darüber, dass sie zu Hause „entmündigt“ werden. Da alles lange dauert, zum Beispiel auch Antworten auf Fragen oder Entscheidungen, werden diese dem Patienten oft abgenommen, nicht immer zu dessen Freude und in seinem Sinne. Die ohnehin schon beschriebene Rückzugstendenz der Patienten wird dadurch weiter vertieft und sie werden zusätzlich in eine unfreiwillige Passivität gedrängt. Ein gutes Beispiel dafür sind die Gespräche mit Ärzten. Etwa bei jedem dritten Aufnahmegespräch von Patienten, bei denen Ehepartner anwesend sind, antwortet spontan der Angehörige auf die Fragen des Arztes, nicht der Patient. Unabhängig davon, dass dieses Vorgehen – wie oben bereits beschrieben – für den Patienten nicht förderlich ist, nimmt es dem Arzt einen wesentlichen Aspekt seiner intuitiven Wahrnehmung.

Im normalen Alltagsleben werden dem Patienten – oft aus Ungeduld – bestimmte Tätigkeiten abgenommen, die er durchaus noch selbst ausführen könnte, wenn er nur genügend Zeit hätte. Auch dies wirkt sich negativ aus – es ist ja eigentlich gut gemeint – und führt eher zu einer Demotivierung des Patienten. Der richtige Weg wäre, dem Betroffenen ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen und ihn dabei zu unterstützen, sein gestecktes Ziel zu erreichen. Die Aufgabe besteht nicht darin, dem Patienten Arbeit abzunehmen, sondern eher darin, ihm zu helfen, so lange wie möglich selbständig zu bleiben.

Aufklärung der Angehörigen

Unverständnis erfahren Betroffene meist in dem Stadium der Erkrankung, in dem sogenannte gute und schlechte Phasen der Beweglichkeit auftreten. Innerhalb von Sekunden kann ein bis dahin gut beweglicher Patient völlig hilflos werden. Nicht selten werden sie dann verdächtigt, zu simulieren, was wiederum zu Frustration auf beiden Seiten führt. Angehörige sollten sich darüber im Klaren sein, dass diese Schwankungen in Abhängigkeit von der Wirkung der Medikamente auftreten können, und für diese Phasen Verständnis zeigen. Möglicherweise benötigen die Patienten in diesen Phasen Hilfe, obwohl sie sonst selbständig sind.

Aufgabe der Angehörigenarbeit ist es hier, die Pflegenden über das Wesen und die Besonderheiten dieser Erkrankung aufzuklären. Ein Angehöriger, der die Krankheit nicht kennt, ist von vornherein überfordert.

Im Rahmen der Angehörigenarbeit sollten die Pflegenden außerdem dazu angeregt und ermuntert werden, sich einmal in der Woche mit ihren Partnern zusammen zu setzen, um Probleme, die in der vergangenen Woche im Zusammenhang mit der Krankheit aufgetreten sind, in Ruhe miteinander besprechen zu können. Es löst sich nicht alles in der Luft auf, auch wenn wir alle uns das manchmal wünschen. Mitten im Alltagsleben – nämlich da, wo die Luft brennt – ist meist nicht ausreichend Gelegenheit dafür. Um nichts zu vergessen, sollte ein Tagebuch über besonders belastende Situationen geführt werden.

In Anwesenheit des Betroffenen haben Angehörige manchmal nicht den Mut, über Gefühle und persönliche Belastungen zu sprechen. Sie haben den Eindruck, den Partner damit noch zusätzlich zu belasten. Aus diesem Grund führen wir in der Klinik spezielle Angehörigen-Gesprächsgruppen

durch, in denen ein Therapeut nur für die Angehörigen da ist. Frei von selbst aufgebauten äußeren Zwängen ist es für viele leichter, ihre persönlichen Probleme im täglichen Zusammenleben zur Sprache zu bringen und gemeinsam kann man dann nach Lösungen suchen. Hier ist insbesondere auch der Erfahrungsaustausch zwischen den Angehörigen von Vorteil. Häufig hat einer der Anwesenden schon das gleiche Problem gehabt und weiß bereits eine praktikable Lösung. Hier sind insbesondere die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln oder die Teilnahme an besonderen Therapieverfahren zu nennen.

Angehörige haben für sich selbst oft keine Zeitreserven mehr. Da sie sich rund um die Uhr um ihren Partner kümmern müssen, bleiben die eigenen Bedürfnisse und Beschwerden auf der Strecke. Belastung und Beschwerden beeinflussen sich jedoch oft gegenseitig und auf diesem Weg kommt es zu einer völligen subjektiven und objektiven Erschöpfung, auch „burn-out-Syndrom“ genannt.

Angehörigenarbeit bedeutet, die Betreuenden auf diesen Teufelskreis aufmerksam zu machen und ihnen nahe zu legen, in diesen Fällen unbedingt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine psychotherapeutische und vielleicht auch medikamentöse Behandlung kann den Pflegenden helfen, wieder aufzuleben und neue Kraft für die kommenden Jahre zu schöpfen.

3. Morbus Parkinson und Depression

Dr. Ilona Csoti und Dr. Ferenc Fornadi
(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

Bei kaum einer anderen neurologischen Erkrankung kann über ein derart ausgefeiltes medikamentöses und operatives Behandlungsrepertoire verfügt werden, wie bei der Parkinson-Krankheit. Trotzdem gibt es eine Gruppe von Patienten, denen man allein durch die Behandlung ihrer Bewegungsstörungen wie Steifheit oder Zittern nicht ausreichend gerecht wird. Im Laufe seiner Erkrankung erleidet jeder zweite bis dritte Parkinson-Patient eine Depression. Diese verdient besondere Aufmerksamkeit, da sie häufig und hartnäckig ist und das subjektive Erleben des Gesundheitszustandes wesentlich verschlechtern kann. In Umfragen zur Lebensqualität von Parkinson-Patienten gehören Depressionen unabhängig von der motorischen Behinderung zu den wichtigsten beeinträchtigenden Faktoren. Ihre sichere Erkennung, Zuordnung und Behandlung ist deshalb für die erfolgreiche Behandlung eines Parkinson-Patienten unumgänglich.

Was ist eine Depression?

Die Bezeichnung Depression kommt aus dem Lateinischen von "depressio" und bedeutet "Niederdrücken". Gemeint ist eine Störung der seelischen Befindlichkeit mit gedrückter Stimmungslage, Antriebshemmung, Lust- und Interesselosigkeit, Freudlosigkeit und vermindertem Selbstwertgefühl. In der Regel ist diese Gefühlsstörung zeitlich begrenzt, sodass in der Medizin häufig von einer depressiven Episode gesprochen wird.

Depressionen können als eigenständige Erkrankungen auftreten – man bezeichnet sie dann als primär – aber auch Folge einer anderen organischen Erkrankung sein. In diesem Fall spricht man von einer sekundären Depression (z. B. bei Morbus Parkinson).

Wie kommt es zu Depressionen bei Morbus Parkinson?

Neurotransmitter (chemische Botenstoffe) werden im Gehirn gebildet und sind dort für die Signalübertragung zwischen Nervenzellen verantwortlich. Nur auf diesem Weg können Signale oder Reize richtig verarbeitet werden. Wie wir alle wissen, besteht bei der Parkinson-Krankheit ein Mangel an Dopamin. Dopamin ist ein Neurotransmitter, welcher in der Schwarzen Substanz des Hirnstamms gebildet und über neuronale Verbindungen in das ganze Gehirn verteilt wird. Es ist für die Steuerung der extrapyramidalen Motorik (Fähigkeit des Körpers, sich kontrolliert zu

bewegen) zuständig, spielt aber auch eine wichtige Rolle bei Depressionen, Suchterkrankungen und Psychosen. Dopamin gehört neben Serotonin und Noradrenalin zu den "Glückshormonen", eine Bezeichnung für die Neurotransmitter, die unsere Stimmungslage beeinflussen. Seine Aktivität hat neben der Regulation der Motorik viel mit Motivation, emotionaler Erregung, Wachsamkeit und Lust zu tun.

Durch den Mangel an Dopamin bei Morbus Parkinson kommen auch die anderen Glückshormone wie Serotonin und Noradrenalin in ein Ungleichgewicht. Untersuchungen haben gezeigt, dass neben Veränderungen dopaminerger Nervenzellen bei depressiven Parkinson-Patienten auch Störungen in serotonergen und noradrenergen Zellgebieten des Gehirns nachweisbar sind.

Warum bekommt dann nicht jeder Parkinson-Patient eine Depression?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Ähnlich wäre die Frage, warum nicht jeder Mensch eine Depression bekommt. Die Ursache einer Depression als eigenständige Erkrankung ist durch viele Faktoren bedingt, d. h. sowohl von genetischen als auch von sozialen und Umweltfaktoren abhängig. Die Fortschritte in der Molekulargenetik in den letzten Jahren haben viel Licht in bisher unklare Krankheitsentwicklungen gebracht. Krankheitsverursachende Mutationen (Veränderungen des Erbgutes) oder Veranlagungen für gewisse Krebsarten oder Erbkrankheiten können mittels genetischer Untersuchungen heute zuverlässig nachgewiesen werden. Auch bei der primären Depression werden genetische Faktoren ursächlich diskutiert.

Diese Möglichkeit kann man sicher auch auf die Parkinson-Depression übertragen. Es muss jedoch auch noch andere, uns unbekanntere Gründe geben, da es ein Risikoprofil für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson gibt:

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson
(nach Klein 2004)

- Junges Alter bzw. früher Krankheitsbeginn des Morbus Parkinson
- Weibliches Geschlecht
- Rechtsseitige Betonung der Parkinson-Symptomatik
- Hypokinetisch-rigide Verlaufsform
- Schwere der körperlichen Beeinträchtigung (Akinese)
- Angst
- Psychotische Symptomatik

So leiden jüngere Parkinson-Patienten etwa doppelt so häufig an Depressionen wie ältere Patienten. Die Depression tritt bei jüngeren Patienten oft bereits vor Auftreten der motorischen Krankheitszeichen auf und kann als Frühsymptom gewertet werden. Frauen mit Morbus Parkinson erkranken häufiger an Depressionen, ebenso Patienten mit hypokinetisch-rigider Verlaufsform ohne Zittern und Patienten mit rechtsseitiger Betonung der motorischen Symptome.

Überdurchschnittlich häufig findet man eine familiäre Belastung mit depressiven Erkrankungen, was möglicherweise die oben angeführte These einer genetischen Komponente stützen könnte.

Wie sieht die Parkinson-Depression aus?

Die klinische Symptomatik der Parkinson-Depression ist durch Anhedonie (Verlust der Lebensfreude), Hoffnungslosigkeit, emotionale Leere und Verlust von Initiative und Selbstwertgefühl gekennzeichnet. Es kommt häufiger als bei der primären Depression zu Angst, Panik, Dysphorie (Verstimmung), Gereiztheit, Irritabilität, Traurigkeit, Pessimismus und Suizidgedanken, seltener zu Schuldgefühlen und Suizidhandlungen. In einer eigenen Untersuchung waren signifikante Unterschiede in der klinischen Symptomatik zur primären Depression nur in den Bereichen Affektverflachung, Wahngedanken und Suizidhandlungen nachweisbar mit deutlich geringerem Vorkommen bei der Parkinson-Depression.

Das Vorhandensein einer Depression ist häufig weder dem Patienten noch seinen Angehörigen bewusst, sodass die Veränderung der Stimmungslage insbesondere bei jüngeren Patienten zu erheblichen familiären Konflikten führen kann. Erschwert wird die Diagnosestellung auch durch die Überschneidung von Symptomen der Depression mit denen der Parkinson-Erkrankung.

Wie wird eine Depression bei Morbus Parkinson diagnostiziert?

Zur Diagnosestellung werden neben einer ausführlichen Anamnese die Kriterien der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) herangezogen. Eine Reihe klinisch bewährter, gut geprüfter Selbstbeobachtungsverfahren und Fragebögen erlauben die Bestimmung des Schweregrades der Depressivität sowie die Dokumentation des Verlaufes der Erkrankung. Für die Parkinson-Depression validiert (geprüft und als geeignet befunden) sind das Beck-Depressionsinventar (Beck 1961), die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery 1979) und das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings 1997). Bei älteren Patienten wird in Studien auch die Geriatriische Depressionsskala verwendet:

Geriatrische Depressionsskala

(Sheik JI, Yesavage JA, 1986, deutsch nach Fischer P, 1988)

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?
4. Ist Ihnen oft langweilig?
5. Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?
6. Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
9. Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?
10. Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?
13. Fühlen Sie sich voller Energie?
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?

Für die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 gibt es für die Antwort "nein", für die übrigen Fragen für die Antwort "ja" jeweils einen Punkt (Maximale Punktzahl 15).

Auswertung: 5 Punkte und mehr: Depression wahrscheinlich

Wie wird die Parkinson-Depression behandelt?

Grundlage einer jeglichen Behandlung ist ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten, an welches sich eine Zusatzdiagnostik zur Einordnung der Art und Schwere der Depression anschließt. Danach wird über ein medikamentöses oder eher psychotherapeutisch orientiertes Konzept entschieden. An erster Stelle steht jedoch immer eine Überprüfung und Optimierung der Parkinson-Medikation.

Vor der Auswahl eines Antidepressivums (AD) müssen folgende Morbus Parkinson-spezifische Punkte Berücksichtigung finden:

- Nebenwirkungsprofil des AD
- Schwere der Parkinson-Erkrankung
- Schilddrüsenfunktion
- Interaktionen mit der Anti-Parkinson-Medikation
- unerwünschte Nebenwirkungen im motorischen/kognitiven Bereich

Zur Verfügung stehen zahlreiche Antidepressiva, welche je nach Wirkstoff mehr den Serotonin- oder den Noradrenalinstoffwechsel oder beide gleichzeitig beeinflussen. Von Bedeutung ist auch, ob der Patient unter Unruhe und Schlafstörungen leidet oder eher unter einer vermehrten Müdigkeit und Antriebsminderung. Je nach klinischer Symptomatik erfolgt dann der Einsatz eines beruhigenden und schlafanstoßenden oder eines anregenden und aktivierenden Antidepressivums. Auch auf eine zusätzlich bestehende Angststörung sollte Rücksicht genommen

werden, da die angstlösende Wirkung der verschiedenen Antidepressiva unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Ein erst kürzlich zugelassenes Antidepressivum zeigt auch besonders gute Eigenschaften in der Schmerzbehandlung und sollte bei Patienten mit vordergründigen somatoformen Beschwerden zum Einsatz kommen. Einige Dopaminagonisten haben in Studien einen eigenständigen antianhedonen und stimmungsstabilisierenden Effekt gezeigt und sollten bei depressiven Parkinson-Patienten anderen Dopaminagonisten vorgezogen werden. Viele Patienten haben Angst vor Abhängigkeit und Sucht. Antidepressiva erzeugen keine Sucht, sollten jedoch immer vorsichtig eindosiert und auch wieder abgesetzt werden. Ein plötzliches Absetzen kann durchaus zu körperlichen Beschwerden und zu einem Wiederkehren der Depression führen. Die Wirkung einer antidepressiven Behandlung tritt erst nach 2 bis 4 Wochen ein, bei älteren Patienten kann es durchaus auch noch länger dauern. Man sollte also etwas Geduld aufbringen und das Medikament nicht wegen Wirkungslosigkeit nach 3 Tagen wieder absetzen.

Nicht alle Patienten sprechen gleich gut auf eine antidepressive Therapie an. Ein wichtiger Aspekt ist der Stoffwechsellypus des jeweiligen Patienten. Antidepressiva werden von verschiedenen Patienten, je nach Stoffwechsellypus, unterschiedlich schnell zur Wirkung gebracht und wieder ausgeschieden. Dabei spielen wiederum unsere Gene eine entscheidende Rolle. Mit Hilfe eines Gen-Chips kann man zum Beispiel sein persönliches Gencluster für das Cytochrom-P450-System bestimmen (darüber werden u. a. Antidepressiva verstoffwechselt). Da diese Untersuchung noch sehr teuer ist, hat sie jedoch noch keinen Platz in der täglichen Routine gefunden.

Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Parkinson-Depression

Bei schweren, therapieresistenten Depressionen kann trotz bestehendem Morbus Parkinson an die Möglichkeit einer Elektrokrampftherapie oder einer Vagusnervstimulation nachgedacht werden. In den letzten Jahren hat sich jedoch eher die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) einen festen Platz in der antidepressiven Behandlung erobert. Nach eigenen Erfahrungen ist der Einsatz bei therapierefraktären Depressionen bei Parkinson-Patienten gut verträglich (kurzzeitig kommt es auch zu einer Besserung der motorischen Symptome) und führt zu einer besseren Ansprechbarkeit auf die antidepressive Therapie.

Adjuvante (unterstützende) Lichttherapie

Saisonal abhängige Depressionen sprechen gut auf Lichtenwendungen an. Die Wirkung auf andere Depressionsformen ist noch unklar. Da sich Parkinson-Patienten auch bezüglich ihrer Grunderkrankung in den Wintermonaten eher schlechter fühlen, könnte eine adjuvante Lichtbehandlung einen positiven Effekt haben. Auch ähneln die Besonderheiten der Winterdepression der bei Parkinson auftretenden Depression.

Psychotherapie

Die besten psychotherapeutischen Ansätze sind die kognitive Verhaltenstherapie (bewusstes Umgestalten falscher Denkmuster und Verhaltensweisen), Strategien zur Stressbewältigung und Entspannungsverfahren. Gruppentherapien, individuelle Beratung, Entspannungsverfahren und Training sozialer Fertigkeiten verbessern die Lebensqualität und den Verlauf der Erkrankung. Schweregrad und Prognose/Chronizität der Parkinson-Krankheit sind zu berücksichtigen und die Frage zu klären, welche innere Bereitschaft angesichts dieser Situation bei dem Patienten vorliegt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen.

Zusammenfassung

Depressionen gehören zu den häufigsten nichtmotorischen Störungen bei Morbus Parkinson. Sie sind hartnäckig, oft mit Angststörungen kombiniert, können zu kognitiven Leistungseinbußen führen und haben unabhängig von der motorischen Behinderung einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten und deren Angehörige. Durch die Überlappung einzelner Symptome einer Depression mit Parkinson-Symptomen wird die Diagnostik erschwert und die Depression oft nicht erkannt. Unkontrollierte Studien und klinische Erfahrungen zeigen, dass eine antidepressive Behandlung gut toleriert wird und effektiv ist. Wenn also trotz optimierter dopaminergischer Substitution behandlungsbedürftige depressive Symptome bestehen bleiben, ist der Einsatz eines Antidepressivums angezeigt.

4. Grüner Tee beeinflusst möglicherweise Parkinson

Die Substanz EGCG (Epigallocatechin-3-gallate) in grünem Tee kann wahrscheinlich den Prozess der krankhaften Eiweißablagerungen bei Parkinson beeinflussen. Statt der giftigen Eiweißablagerungen bilden sich durch EGCG ungiftige und für die Nervenzellen nicht schädliche, kugelförmige Ablagerungen.

Dies haben Forscher des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch im Reagenzglas und in Nervenzellmodellen festgestellt.

Die Substanz EGCG bindet direkt an die noch ungefalteten Eiweiße und verhindert damit, dass durch Fehlfaltung schädliche Ablagerungen entstehen.

Die Wissenschaftler vermuten, dass EGCG und ähnliche Substanzen bei der Entwicklung von Medikamenten gegen degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems eine wichtige Rolle spielen werden.

(Aktuell: in www.kompetenznetz-parkinson.de)

Für Sie gelesen
Dr. Fornadi

Mit freundlichen Grüßen
Ihr parkinson-web Team

Impressum

Herausgeber: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Vertreten durch die GlaxoSmithKline Verwaltungs GmbH, Luxemburg

Geschäftsführer: Dr. Thomas Werner (Vors.), Jean Vanpol, Pamela Somerset, George Dassonville

Anschrift: Theresienhöhe 11
D-80339 München
Germany
Tel. +49 (0) 89 360 44-0
Fax +49 (0) 89 360 44-8000

Internet: www.glaxosmithkline.de

Diesen Newsletter können Sie kostenlos per eMail abonnieren. Melden Sie sich an unter www.parkinson-web.de. Der Newsletter wird Ihnen regelmäßig einmal im Monat zugesandt und informiert Sie über aktuelle Nachrichten und Neuigkeiten von www.parkinson-web.de.